

Editorial

Biomarker vermindern Über- und Untertherapie

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

nachfolgend wieder eine Auswahl der mir besonders lesenswert erscheinenden wissenschaftlichen Neuerscheinungen der letzten Wochen. Besonders hinweisen möchte ich auf die Arbeit von Powles et al. (S. 4). Die Arbeit ist in „Nature“ erschienen, wahrscheinlich die reputierteste Zeitschrift, aus der ich bisher für dieses Heft eine Arbeit ausgewählt habe. „Nature“ deckt thematisch bekanntermaßen nicht nur die Medizin, sondern die gesamte Wissenschaft ab. Urologische Arbeiten schaffen es nur selten in dieses Journal, und wenn doch, dann dauert es häufig geraume Zeit, bis die urologische Community darauf aufmerksam wird. Im vorliegenden Fall haben die Autoren Plasmaproben von Blasenkarzinompatienten auf das Vorhandensein von zirkulierender TumordNA (ctDNA) analysiert. Die Patienten waren im Rahmen einer prospektiv randomisierten Studie nach Operation operabler Urothelkarzinome randomisiert entweder adjuvant mit Atezolizumab behandelt oder nur nachbeobachtet worden. Die zugrunde liegende klinische Studie konnte in der Intent-to-treat-Analyse bislang keinen Nutzen dieser adjuvanten Therapie nachweisen.

Im Zuge der hier beschriebenen zusätzlichen Biomarker-Analyse zeigte sich dann aber, dass Patienten mit ctDNA zum einen natürlich eine wesentlich schlechtere Ausgangsprognose haben als Patienten ohne ctDNA, dafür andererseits aber eine deutlich höhere Chance, eben doch von einer adjuvanten Therapie zu pro-

fitieren. Bei Patienten ohne ctDNA fand sich – natürlich nicht überraschend – kein Nutzen der adjuvanten Immuntherapie, weil viele dieser Patienten schon mit der Operation allein geheilt waren. Weiterhin kann das Absinken der ctDNA unter die Nachweisgrenze nach dem ersten Zyklus die Patienten identifizieren, die von der Therapie profitieren haben. Darüber hinaus konnten auch molekulare Veränderungen in den Primärtumoren identifiziert werden, die prädiktiv für Ansprechen oder Nichtansprechen auf die Immuntherapie waren.

Ich hatte ja in früheren Heften wiederholt thematisiert, dass jede Form der perioperativen medikamentösen Therapie mit einem immens hohen Übertherapierisiko verbunden ist. Aus rein methodischen Gründen ist dieses Risiko bei Vorbehandlung (neoadjuvant) noch höher als bei Nachbehandlung (adjuvant). Konkret-

Fortsetzung siehe Seite 3 ----->

Inhalt

	Seite
► Prostatakarzinom	
<i>Kastrationsresistenz unter Androgenentzug</i>	
Neuroendokrine Differenzierung durch Cross-Talk zwischen Tumor und Stroma	6
<i>Nach Bestrahlung rezidiviertes Hochrisiko-Prostatakarzinom</i>	
Sehr aggressive Entität	7
<i>Antitumoraktivität in präklinischen Studien</i>	
Darolutamid und PSMA-gerichtetes Thorium-227-Konjugat verstärken sich	8
<i>Androgendeprivation</i>	
Geringeres kardiovaskuläres Risiko bei GnRH-Antagonisten als bei Agonisten	9
<i>Hinweise auf Cross-Talk zwischen Darmmikrobiota und Prostata über IGF1</i>	
Fettsäuren aus Darmmikrobiota fördern das Prostatakrebs-Wachstum	9
<i>Prävention</i>	
Hinweise auf protektiven Effekt insbesondere durch hydrophile Statine	10
<i>PSA-Nachweis nach radikaler Prostatektomie</i>	
Auch sehr guter Langzeitverlauf möglich	10
<i>Roboterassistierte radikale Prostatektomie</i>	
Verzicht auf Drainage der Beckenhöhle erweist sich als sicher	12
<i>Früherkennung</i>	
MRT-gestütztes Biopsieschema ist Standardbiopsie nicht unterlegen	13
<i>Metastasiertes kastrationssensitives Prostatakarzinom</i>	
Apalutamid überzeugt in finaler Analyse	13
<i>Ipatasertib plus Abirateron bei metastasiertem kastrationresistenten Prostatakarzinom</i>	
Erfolg bei Patienten mit PTEN-Verlust im Tumor	14
<i>Neue Androgenrezeptorinhibitoren bei nicht metastasiertem kastrationresistenten PCa</i>	
Gepoolte Analyse unterstützt Anwendung bei Männern ab 80 Jahren	14
<i>Vorbehandeltes mCRPC mit Veränderungen der DNA-Schadensreparatur</i>	
Talazoparib zeigt dauerhafte Antitumoraktivität	16
<i>Entstehung und Wachstum von Prostatakrebs</i>	
Wechselseitige Interaktion der Monoaminoxidase A mit dem Androgenrezeptor ...	17
► Urothelkarzinom/Blasenkrebs	
<i>Biomarkeranalyse zur adjuvanten Therapie bei Patienten mit operablem Urothelkarzinom</i>	
Patienten mit Nachweis von ctDNA profitieren von Atezolizumab	4
<i>Immuntherapie bei Blasenkrebs</i>	
Schädlicher Effekt von Antibiotika	7
<i>Nicht muskelinvasives Hochrisiko-Blasenkarzinom, das nicht auf BCG anspricht</i>	
Pembrolizumab zeigt vielversprechende antitumorale Aktivität	12
<i>Muskelinvasives Harnblasenkarzinom</i>	
Charakterisierung des Residualkarzinoms nach neoadjuvanten Pembrolizumab	13
<i>Erstlinientherapie des fortgeschrittenen/metastasierten Urothelkarzinoms</i>	
Kein Erfolg mit Pembrolizumab als Zugabe zur platinbasierten Chemotherapie	16
► Nierentumoren	
<i>Renales Angiomyolipom</i>	
Natürlicher Verlauf spricht für Überwachung als ersten Ansatz	6
<i>Metastasiertes nicht klarzelliges Nierenzellkarzinom</i>	
Kombination von zytoreduktiver Nephrektomie und systemischer Therapie	6
<i>Pembrolizumab nach Nephrektomie bei klarzelligem Nierenzellkarzinom</i>	
Erfolgreiche adjuvante Therapie	7
<i>Vorbehandeltes metastasiertes Nierenzellkarzinom</i>	
Vielversprechende Daten für Lenvatinib plus Pembrolizumab	10
► Keimzelltumoren	
<i>Nichtseminomatöser Keimzelltumor im Stadium I</i>	
Biomarker führt zu mehr angemessenen Therapieentscheidungen	4
► Harnwegsinfektionen	
<i>Antibiotikatherapie</i>	
Patientinnen frustriert von Ärzten	7
<i>Afebrile Harnwegsinfektionen bei Männern</i>	
Siebtägige Antibiotikatherapie reicht aus	8
► Andrologie	
<i>Männliche Unfruchtbarkeit</i>	
Zusammenhang von fehlerhafter piRNA-Prozessierung und Azoospermie	8
► Urogynäkologie	
<i>Therapie des symptomatischen apikalen Beckenorganprolaps</i>	
Offene und roboterassistierte Sacrocolpo(hystero)pexie gleichwertig	12
► Forschung, Kliniken und Gesundheitspolitik	17
► Industrie	20